



(Exclusivo para uso de la oficina)

Centro de inscripción: _____ Contratista coordinador local _____

Formulario de inscripción para una revisión para mujeres (Women's Health Check de Idaho) (página 2) Consentimiento del programa y difusión de información

Women's Health Check es una iniciativa de cooperación entre clínicas, doctores, centros para tomas de mamogramas, laboratorios del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). El objetivo del programa es alentar la evaluación de cáncer de pecho y cervicouterino en mujeres que son ciudadanas estadounidenses o que, sin ser ciudadanas, son elegibles, con ingresos bajos y que no tienen otro medio de pagar los exámenes de evaluación (sin cobertura de seguro para estos exámenes, sin Medicare ni Medicaid). El objetivo de la evaluación es detectar cáncer en sus primeras etapas, de modo que pueda tratarse o prevenirse. La evaluación de cáncer de pecho comprende un examen de pecho y una mamograma. La evaluación de cáncer cervicouterino comprende un examen pélvico y un Papanicolaou. Si se requiere, usted dispone de la mayoría de los exámenes de diagnóstico gratuitamente. En caso de que necesitara tratamiento para cáncer, es posible que tenga derecho a recibir el tratamiento a través del Programa BCC de Medicaid.

Autorización para divulgar información de salud protegida:

- He leído y entendido la descripción del programa (arriba) del Programa Women's Health Check (WHC) de Idaho. Entiendo que tengo derecho al programa y por la presente acepto recibir los servicios de salud como se indica arriba.
- Al aceptar tomar parte en este programa, doy mi permiso a todos mis doctores, clínicas, centros para tomas de mamograma y hospitales a que proporcionen toda la información relativa a mis exámenes de Papanicolaou, exámenes de pecho, mamogramas y cualquier procedimientos de diagnóstico y tratamiento al programa WHC. Los gerentes de caso que trabajan en el programa pueden ponerse en contacto conmigo con el propósito de obtener información para ayudarme a tener acceso a pruebas y exámenes importantes para el seguimiento adecuado de resultados de exámenes anormales.
- Entiendo que toda información que dé a WHC y a los proveedores participantes es confidencial. Esto significa que WHC no revelará ni comunicará mi información, salvo el mínimo necesario para administrar el Programa descrito arriba. Los informes que se generen en este programa no llevarán mi nombre ni ninguna información que me identifique.
- Al firmar este formulario, declaro que acepto y entiendo los términos del programa descrito arriba. También declaro que la información que asiente en el Formulario de Inscripción es cierta. Entiendo que mi participación en este Programa es voluntaria y que puedo abandonarlo en cualquier momento.
- Entiendo que si fuera diagnosticada con cáncer o condiciones precancerosas, puedo calificar para el tratamiento a través del programa BCC de Medicaid y acepto entregar mi información a Medicaid para determinar si tengo derecho al tratamiento.
- Se me dio la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (se encuentra también en www.healthandwelfare.idaho.gov). Quisiera que Women's Health Check me enviara un ejemplar del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Firma

Nombre con letra de molde

_____/_____/_____
Fecha

(Exclusivo para uso de la oficina)

Centro de inscripción: _____ Contratista coordinador local _____